

D'Angelo, Ana

Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad- atención

VII Jornadas de Sociología de la UNLP

5 al 7 de diciembre de 2012

CITA SUGERIDA:

*D'Angelo, A. (2012) Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención [en línea]. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1814/ev.1814.pdf*

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

VII Jornadas de Sociología de la UNLP
"Argentina en el escenario latinoamericano actual:
debates desde las ciencias sociales"

La Plata, 5, 6 y 7 de diciembre de 2012

Mesa 36: Modos del cuerpo: prácticas, saberes y discursos

Ana D'Angelo
Lic. en Antropología – UBA
CONICET – UNMdP
dangelo_ana@yahoo.com.ar

Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental. Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Las técnicas corporales derivadas de disciplinas de origen oriental, en especial el yoga, han adquirido una creciente visibilidad mediática en las últimas décadas, como resultado de procesos transnacionales de circulación de saberes, bienes y personas, operando en la transformación de prácticas y representaciones sociales sobre el cuerpo, la salud y el bienestar en la sociedad argentina contemporánea. Los medios de comunicación ocupan un lugar central en el proceso de difusión de saberes expertos, entre los que se hallan los discursos del campo bio-psi.

La centralidad que estos otorgan a las emociones en el origen de la enfermedad, se deriva en parte del énfasis puesto por algunos medios de comunicación en la crisis económica, política y social que implosionó en el 2001. Los discursos mediáticos sentaron las bases para la legitimación de un imaginario social de "crisis" de la cual los discursos bio-psi se hicieron eco para sostener el incremento de múltiples enfermedades originadas en conflictos emocionales. Al inicio de este período, las representaciones mediáticas versaban sobre el temor a la pérdida del empleo y a la inseguridad (Kessler, 2009) entre otros, y confluyendo en un aumento de la incertidumbre (Castel, 2008; Berian, 1996; Bauman, 2007)¹ como detonante de estrés, ansiedad y miedos sociales. Así los artículos periodísticos abarcaban un continuo temático que iba de la crisis a la emergencia de valores y redes para salir de ella: *"Elogio de la esperanza. Saqueos, incendios, protestas. El fin de un año para no olvidar. Pero tampoco*

¹ Esto abonado por la cobertura constante de parte de los principales diarios y noticieros televisivos de las temáticas de la inseguridad (robos, secuestros, etc.), del riesgo ambiental (tsunamis, terremotos, epidemias A1HN1, etc.) que colaboraban en el incremento de las sensaciones de riesgo e inseguridad.

conviene olvidar que en toda situación límite la vida encuentra la forma colarse por las hendiduras y hacerse sentir.” (Revista Viva, Marzo 2002). En ese contexto, la solidaridad y los afectos cobraron centralidad para recuperarse a la crisis: *“Con la mano tendida. La Red Solidaria.”* (Viva Abril 2002). *“Todas las manos, todas. En medio del impiadoso ajuste económico se perfil una revalorización de los afectos y de la solidaridad”.* (Viva, Abril 2002). Pero el lazo social se veía amenazado por la *“Fuga de afectos. A partir del nuevo éxodo se formaron asociaciones y grupos de autoayuda que acompañan a los familiares y amigos de emigrantes.”* (Viva, Mayo 2002) que representaba por un lado, la actitud emprendedora de los exitosos -los que lograron salir del desempleo- como camino a seguir² y por otro el costo social a pagar.

Los malestares emocionales relativos a lo vincular y social (como la depresión, los ataques de pánico y las fobias) se instalaban como problemáticas de las columnas de psicología y calidad de vida de diarios y revistas en general: *“El derecho a la tristeza. El desempleo, el descenso social y la pérdida de los ideales afectan a grandes sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, la depresión no está bien vista”* (Viva, Mayo 2002). *“Nosotros y los miedos. La violencia física, la inestabilidad económica y la inseguridad emocional lideran el ranking de los temores de los argentinos”* (según los profesionales de la salud consultados por La Nación Revista, 22/05/11, seguirían la exigencia laboral y el miedo a la exclusión). Así el aumento en los diagnósticos de ataque de pánico, ansiedad y depresión, y el consumo de psicofármacos aparecen relacionados con una crisis social y política que hasta entonces estaba fuera del consultorio. El estrés y la ansiedad aparentan ser las causas últimas y omnipresentes de todo tipo de dolencia (desde una simple migraña o contractura, hasta el cáncer pasando por los trastornos de ansiedad generalizada).

Por otra parte, la centralidad de la emociones coincide con la influencia de concepciones no duales de la persona, y de un modelo endógeno-relacional de la enfermedad, entre las que se destaca el psicoanálisis. El resultado es la tendencia a incorporar algunas de las técnicas derivadas de las disciplinas y terapias mencionadas, en un abordaje *complementario* de las dolencias. Como veremos, si bien este abordaje pretende cierto afán de holismo, se produce en el marco de la misma división de tareas de la biomedicina y sus especialidades en partes del cuerpo y sigue suponiendo una persona paciente-pasiva cuyo diagnóstico y tratamiento es fragmentario, tal como sugiere Mary Douglas (1998).

En este proceso, los medios de comunicación también hicieron su parte. Como continuación de un fenómeno iniciado en los años '80 (con el surgimiento de medios especializados en terapias alternativas

² Esto coincide con la creciente editorial de autoayuda y es la otra cara –valorada positivamente– de la tendencia a responsabilizar a los sujetos de su fracaso económico o de su exclusión del mercado laboral

y el crecimiento de la industria editorial de autoayuda) que adquiere cada vez mayor visibilidad³, se produce la incorporación de temáticas relativas al bienestar en diarios y revistas no especializados en las secciones y suplementos de salud y calidad de vida. Proliferan los artículos sobre diversas gimnasias (fendekrais, eutonía, biodanza), terapias alternativas y/o complementarias propiamente dichas (reiki, bioenergía, reflexología, shiatzu), disciplinas orientales de trabajo energético físico-mental (tai-chi-chuan, yoga) y técnicas de respiración, relajación y meditación (inspiradas en tradiciones budistas como la meditación zen, o hinduistas como las variantes del yoga), entre otras. Son promovidas como herramientas válidas para alcanzar *bienestar* no sólo físico sino también emocional, mental, espiritual y sobre todo vincular o social⁴. Así, el bienestar fue representado como una meta a alcanzar, una construcción subjetiva y una búsqueda personal⁵ centrada, ya no exclusivamente en los bienes materiales (que se encontrarían “en peligro”), sino en las capacidades personales, emocionales, vinculares, intelectuales para sortear las dificultades.

En la primera parte, a partir del análisis de discursos biomédicos y del campo de la psicología y la psiquiatría en revistas de circulación masiva, analizamos la centralidad mediadora de las emociones entre cuerpo y mente y entre los cuerpos individual, social y político, en la etiología de la enfermedad, exigiéndonos problematizar la capacidad explicativa de los modelos exógeno/endógeno de la enfermedad (Laplantine).

En la segunda parte, indagamos en la relación de los paradigmas biomédico y psi ante la complementariedad terapéutica a fin de identificar posibles transformaciones en el proceso de Salud-Enfermedad-Atención en relación a una concepción no-dicotómica de la persona. Analizamos en particular la derivación y el uso de técnicas extraídas del yoga, por profesionales de la salud y usuarios. A tal fin, analizamos los discursos de profesionales psicomédicos en las revistas dominicales de los diarios Clarín y La Nación, durante el año 2011. La selección del corpus se debe a la masiva circulación de ambos diarios y su llegada a todo el país, aunque con perfiles diferentes en su público lector (el primero caracterizado por sectores medios y populares y el segundo por sectores medios-altos altamente instruidos). Mientras las columnas de la Revista Viva del diario Clarín están principalmente dedicadas a

³ Saizar identifica tres grandes grupos de revistas para principios de la década del 2000 en Buenos Aires: las que apuntan a difundir diversas disciplinas de la Nueva Era, como “Vivir en Armonía”, “Salud Alternativa” y “Terapias Alternativas”; las específicas de una terapia o disciplina, como “Yoga Integral” y desde el año 2010 podemos agregar “Yoga +”; y las que refieren a un abanico de formas terapéuticas y promueven el autotratamiento combinando biomedicina con religiosidad, terapias alternativas y tradicionales, como “Saber Vivir” y “Buenas Ideas” (2008:17).

⁴ En las secciones periodísticas que analizaremos esta es una temática frecuente: “La soledad nunca es buena consejera. Cuando el aislamiento enferma. La ciencia ya demostró que la falta de contactos emocionales con otros es malo para la salud” Revista Viva, columna Dr. Abdala 19/06/11. Problematicaremos el supuesto de que estas prácticas corresponden a fines individualistas en futuros trabajos.

⁵ En el marco de lo que se entiende por la exacerbación de los procesos de destradicionalización y desinstitucionalización propios de la modernidad a partir de los años 70 (Beck, Giddens y Lash, 1997), la subjetividad se ve transformada por procesos conducentes a una mayor individualización, entendida como el producto de las transformaciones en la intimidad y la creación reflexiva y narrativa de la propia biografía (Giddens, 1997).

la salud, las de la Revista del diario La Nación (LNR) están en cambio originadas en la psicología. En ambos casos, tratándose de revistas no especializadas y de amplia circulación, podemos observar como estos discursos biopsi permean otros ámbitos menos doctos, desbordando los profesionales a la vez que entran en contacto con discursos provenientes de otras fuentes, como los de las “terapias alternativas” (concepto que será discutido en el próximo apartado).

Entre modelos: las emociones en la etiología de la enfermedad según los discursos bio-psi.

Desde sus orígenes ligados a la modernidad occidental, la biomedicina ha considerado la enfermedad desde un modelo exógeno-ontológico (Laplantine, 1999) como producto de la invasión de un ente patógeno sobre el cuerpo del paciente (según la microbiología pasteuriana). Bajo la metáfora del cuerpo como un ejército de células, una fortaleza medieval, defendiéndose del agresor, el cuerpo es entonces no sólo un receptor pasivo de la enfermedad sino también del remedio que la cura, sin capacidad de intervención de la persona que lo encarna ni en su producción ni en su tratamiento.

Sin embargo, este modelo reconoce la influencia de factores endógenos como los genes y la mente y relacionales como las emociones, tanto en lo concerniente a las circunstancias que dieron origen a la enfermedad como en el modo de tratarla. El psicoanálisis, por ejemplo, considera a la enfermedad como expresión del inconsciente, simbolización psíquica, a través de la somatización y el síntoma. En las terapias gestálticas, cognitivas y conductuales el cuerpo se convierte en vehículo de elaboración emocional (y por lo tanto en agente de padecimiento y de cura). Si bien esta última concepción de la enfermedad también supone que en el cuerpo se produce una somatización, es decir una expresión de emociones “bloqueadas” o reprimidas, encuentra en el mismo cuerpo el medio para su resolución, es decir abordando la emoción desde él y no desde la palabra exclusivamente. En ambos casos, estas aproximaciones psicosomáticas, corresponden a un modelo endógeno-relacional de la enfermedad que encuentra en la persona su causa: en los conflictos intrapsíquicos entre sus deseos y la norma social⁶. Pero cabría aún preguntarse si esta consideración del cuerpo como simbolización o vehículo de la enfermedad, supone necesariamente una concepción diferente (no-dual) de la persona.

⁶ Lock y Scheper-Hughes (1987) señalan que la teoría freudiana no queda exenta de las dualidades de la epistemología occidental al definir en *El malestar en la cultura* los conflictos intrapsíquicos como producto del proceso de socialización. Asimismo Lutz y White (1986) sostienen que para el pensamiento freudiano cada cultura modela, canaliza, filtra, oculta las emociones que, bajo el supuesto de la unidad psíquica de la humanidad, serían universales. Laplantine (1999) también deja entrever al respecto que estos enfoques psicogenéticos de la enfermedad responden al reconocimiento simultáneo de una sociogenética. Si entendemos que el conflicto no se produce en la psiquis sin una norma interiorizada, un afuera constitutivo del Sujeto, estas consideraciones nos acercan a los postulados de las teorías del Sujeto que combinan elementos del psicoanálisis, en especial el lacaniano, como las de Judith Butler y Slavoj Žižek.

Dado que la atribución de una causalidad interna se opone a la primacía de una concepción exógena de la enfermedad, como una agresión patológica proveniente del exterior, estas concepciones coexisten en una tensión que sólo permite una complementariedad estratégica cuando un modelo no logra explicar completamente determinados padecimientos. Por ejemplo, los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad tienden a ser tenidos en cuenta cuando fallan el diagnóstico de patologías orgánicas, y viceversa (Lock y Hughes, 1987).

En “Enfermedades del cuerpo y el alma” (Viva, 21/12/2010) el médico psicoanalista Luis Chiozza consultado respecto de su libro sobre el cáncer, afirma que todas las enfermedades son psicosomáticas (no sólo el asma, la psoriasis o las úlceras como producto de alteraciones anímicas emocionales inconscientes como sostuvo Freud): *“esto no significa que el origen es psíquico, significa que todas las enfermedades comprometen a ambas partes”*. A continuación sostiene que el mérito del psicoanálisis *“fue comprender que el alma no sólo tiene un correlato en el sistema nervioso y en el cerebro sino en todas las funciones del cuerpo”* y que *“incluso las gripes agudas expresan momentos de depresión, de desolación y ponen en marcha un conjunto de síntomas”*. Consecuentemente, sugiere como tratamiento de toda enfermedad seguir un psicoanálisis, ubicando al cuerpo en el lugar de la expresión del conflicto inconsciente y negando la intervención de otros factores en la causa de la enfermedad.

La tensa coexistencia entre dos marcos opuestos para explicar la etiología de la enfermedad se evidencia en algunas de los discursos sobre la salud que hemos analizado. La columna de la Revista Viva escrita por el médico psiquiatra Dr. Norberto Abdala expone:

*“Piedra libre para el dolor de espalda. Es muy frecuente encontrar que **entre las causas del dolor o de su perpetuación estén muy presentes los trastornos emocionales**. Esto no debería extrañar si se tiene en cuenta que entre el sistema nervioso y la columna vertebral (que aloja y protege a la médula espinal) hay una estrecha interconexión, y de donde sale una gran cantidad de filetes nerviosos (...). Por diferentes mecanismos psicológicos, llamados de defensa, la carga emotiva de ciertos conflictos, deseos o situaciones que no se pueden resolver se expresan en el cuerpo.”* (Viva, 11/09/11, la negrita es mía).

Mientras se atribuye centralidad a las emociones como causa de la dolencia física, desde una explicación que aparenta ser psicosomática y como tal, propia de un modelo endógeno de la enfermedad; se recurre a una explicación fisiológica de dicha causalidad en razón de la ubicación del sistema nervioso, al punto de asignar un lugar a las emociones en el cuerpo. El cuerpo es entonces concebido como lugar de expresión psicoemocional:

*“La ansiedad mala consejera. Hay una costumbre muy extendida entre los argentinos: preocuparse de más por lo que va a pasar, o peor aún, por lo que no pasará. (...) se acompaña de **diversos síntomas corporales** como malestares digestivos, mareos, contracturas musculares, dolores de cabeza, aceleración del pulso, sequedad de boca, sudoración de manos y ligero temblor”* (Viva, 28/08/11).

Como vimos, las emociones parecen tener un correlato fisiológico, pueden provocar síntomas y enfermedades no sólo físicas sino también mentales y emocionales, las cuales a su vez son producidas por mecanismos fisiológicos (sobre los sistemas nervioso, hormonal e inmunológico):

*“El eterno pre-ocupado. El organismo reacciona de igual manera que si estuviera viviendo esa situación futura, con idénticas **repercusiones físicas, mentales y emocionales** como si fuera un hecho presente y real (...) vamos derecho a desarrollar una enfermedad física o emocional (...) las preocupaciones reiteradas predisponen el desarrollo de trastornos físicos y emocionales al producir ciertas hormonas en exceso que desequilibran al organismo y desgastan el sistema nervioso, el hormonal y el inmunológico”* (Viva, 26/02/12).

Aunque se presenten como explicaciones psicogenéticas de la enfermedad, al estar fundadas en un correlato fisiológico de las emociones, producen razonamientos circulares de causa-efecto, que resultan necesariamente atravesados por la biología. En otros términos: “Actualmente, la medicina acepta bastante bien la somatogénesis de las enfermedades mentales (los problemas fisiológicos [o genéticos] provocan problemas psicológicos), pero mucho menos a la inversa, a saber: *la psicogénesis de las enfermedades orgánicas* que supone el reconocimiento de un estatuto autónomo (no derivado) del psiquismo” (Laplantine, 1999:102).

Esta circularidad puede dirigirse de las emociones al cuerpo:

*“La depresión oculta. Se manifiesta como malestar físico – sobre todo cansancio o insomnio- sin tristeza o angustia. Hay quienes atribuyen el decaimiento a la dolencia del cuerpo **invirtiendo así causa y consecuencia**. (...) algo así como si hubieran trasladado su malestar al cuerpo (...) la cultura colabora en este proceso ya que es mucho más aceptable padecer síntomas físicos que depresivos”* (Viva, 24/04/11)

O en camino inverso, del cuerpo a las emociones: “*Lo que comemos puede influir en la presencia o en la evolución de un estado depresivo*”. El médico sostiene que una dieta basada en azúcares y grasas de origen animal “*aumentan en un 60% el riesgo de sufrir depresión*” (Viva, 29/05/11). Una afirmación tal

parece establecer una causalidad directa entre alimentación y depresión, atribuyendo a la última explicaciones relativas a un desequilibrio orgánico equiparable al que produce otras enfermedades como la diabetes o el colesterol, dejando por fuera las causas emocionales.

En la revista La Nación identificamos explicaciones similares de la enfermedad, en este caso desde la psicología:

*“Desterrar el rencor. Saber perdonar y pedir perdón es una experiencia liberadora que **equilibra salud física y emocional**”* recupera los aspectos “salugénicos” que la psicología positiva atribuye al hecho de perdonar ya que *“aumenta la autoestima e influye en la superación de estados depresivos y sentimientos de duelo; **puede evitar, incluso desajustes cardiovasculares**”*. Si en la columna de la Revista Viva, las emociones constituían la causa de las enfermedades, aquí es su elaboración positiva la que les otorga centralidad como factor de salud, así como de “bienestar y felicidad” (LNR, 12/12/10).

Tendiendo puentes entre la mente y el cuerpo, y entre los cuerpos individual, social y político.

Ahora bien, la relación entre emociones y cuerpo no ha sido aún explicada. Un enfoque que refiera al cuerpo en sus aspectos material, fisiológico, orgánico, etc. en relación al cual ubicar las emociones, no hace más que reformular la dicotomía mente-cuerpo. Incluso cuando se pretende anularla “incorporándolas” en el cuerpo bajo un razonamiento falaz que identifica emociones con nervios, así como mente con cerebro.

A pesar de que hace décadas que han sido problematizadas las tensiones que la epistemología occidental presenta a la hora de reflexionar sobre las emociones (mente/cuerpo, materialismo/idealismo, positivismo/interpretativismo, universalismo/relativismo, individuo/cultura, romanticismo/racionalismo), parecen no haber perdido vigencia, al menos en estos discursos. Lutz y White (1986:407) señalan que la dicotomía mente-cuerpo es evidente en la distinción entre emociones de primer y segundo orden por la teoría de “dos capas”. Las primeras aparecen como naturales, corporales, preculturales y las segundas (también denominadas sentimientos) son consideradas ideal, cognitiva y culturalmente mediadas.

Michelle Rosaldo (1984:143) argumenta que las emociones “no son sustancias para ser descubiertas en nuestra sangre” cuestionando las dicotomías entre un *self* (privado) y una persona (social) y entre pensamiento (mente) y sentimiento (cuerpo), propias de enfoques universalistas en psicología, filosofía y antropología: “Los afectos no son menos culturales y mas privados que las creencias. Son en cambio, cogniciones – o mas correctamente tal vez, interpretaciones- siempre culturalmente formadas, en las

cuales el actor encuentra que cuerpo, *self* e identidad están inmediatamente envueltos.” (141). Su enfoque introduce los aspectos corporizados que adquiere la articulación de cognición y emoción:

“El punto crucial para mi es que el sentimiento está siempre moldeado por el pensamiento y éste cargado de significado emocional. Lo que distingue pensamiento y afecto (diferenciando una cognición “fria” de una “caliente”, es fundamentalmente el sentido de compromiso del self del actor. [Las] emociones son pensamientos “sentidos” como pulsos, flashes, movimientos de nuestros riñones, mentes, corazones, estómagos, piel. Son pensamientos corporizados, pensamientos cargados con la sensación de que “estoy involucrado”” (143) (la negrita es nuestra)

Más recientemente, desde el paradigma del *embodiment*, se considera que las emociones son “conciencia incorporada”, refieren a un modo pre-reflexivo que compromete a la persona al mundo (un modo cognitivo que no necesariamente implica autoconciencia) (Crossley, 1998). En síntesis, las emociones implican tanto orientaciones cognitivas como de sentimientos, moral e ideología (Scheper-Hughes y Lock, 1987). No sólo son motor de la acción (Blacking 1977; Rosaldo, 1984), sino que requieren para activarse a su vez (como motor del consumo por ejemplo), de otros componentes de la acción humana: cognición, evaluación, reacción corporal, afecto y motivación. De modo que la emoción no es una acción *per se* pero orienta e implica al ser en su ambiente social, es lo que da ‘tono’ a un acto particular (Illouz, 2009). Constituyen entonces el puente necesario de tender entre mente y cuerpo, individuo, sociedad y política, comunión particularmente aprehensible en las experiencias profundas de enfermedad y trance ritual (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

Podemos identificar el rol mediador de las emociones en la interacción entre mente-cuerpo y entre individuo y sociedad en los materiales analizados: *“Tanta alegría me va a hacer mal... Vivir en estado de felicidad permanente es, más que un síntoma, un mandato de esta época entonces cualquier bajón resulta patológico. Pero bloquear la melancolía y acortar los duelos tiene sus riesgos (...) La no exteriorización del llanto puede relacionarse con el incremento de estrés, trastornos de ansiedad, ulcera intestinal, asma o cáncer. (...) numerosos estudios revelan que quienes contienen sus sentimientos alteran el funcionamiento de sus sistemas inmunológicos y son más propensos a contraer infecciones. (...) Hay trabajos que vinculan los estados de ánimo positivos con un menor riesgo cardiovascular, de enfermedades oncológicas, un mejor manejo del estrés, menos trastornos del sueño y hasta mayor expectativa de vida”*. En citas como ésta (extraída de la columna de psicología de LNR, 10/0711), la causa de la enfermedad está más fuertemente del polo psicoemocional, que en la columna de Viva, donde como vimos es más difícil distinguir entre causas y efectos.

En su concepción del cuerpo como “Mindful body” Scheper-Hughes y Lock (1987) buscan articular tres perspectivas sobre el cuerpo: a) el cuerpo individual en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida, b) el cuerpo social del estructuralismo y el simbolismo centrados en sus usos representacionales y metafóricos, y c) el cuerpo político (individual o colectivo) que es regulado y controlado según el postestructuralismo. Esto es, el poder que Foucault (1976) identificó actuando como una micropolítica sobre nuestros cuerpos individuales, y como una anatomopolítica sobre el cuerpo de la población. Las autoras concluyen que las sociedades no sólo reproducen y socializan el tipo de cuerpos que ellas necesitan sino que cuando el orden social se ve amenazado, el control social sobre los cuerpos se intensifica.

Un dato no menor en este argumento es que el incremento en los diagnósticos de fobias, ansiedad y estrés lejos de ser entendido como un signo de la sociedad, en tanto expresión de una disconformidad del sujeto frente a sus condiciones de existencia, es atribuida a una falla de los mismos sujetos en su forma de vivir. La proliferación de categorías y diagnósticos en medicina y psiquiatría resultó en una definición cada vez más acotada de lo “normal” creando una mayoría enferma y desviada (Foucault, 1983). Bajo nuevos desórdenes como el déficit de atención, el síndrome premenstrual (Martin 1987), o incluso “el ataque de nervios” (Low, 1985; Lock y Dunk, 1987) el descontento es opacado en su capacidad socialmente significativa para ser convertido en patologías o síntomas individuales. Scheper-Hughes y Lock denuncian la utilidad para la política corporal de ubicar la falta de descanso, la insatisfacción y la protesta en el lenguaje de la enfermedad que pueda ser fácilmente manejada por agentes médicos (1987:27).

En los casos analizados, no se supone un trastorno intrapsíquico que se origina exclusivamente en el individuo, sino en su vida en sociedad. En otros números de la columna del Dr. Abdala, las figuras de la costumbre y la cultura, indican la sociogénesis⁷ de la enfermedad, bajo el anuncio del progresivo aumento de la depresión en las últimas décadas, así como la tendencia contraria: el ocultamiento de ese malestar que finalmente emerge bajo la forma de una dolencia física. Sin embargo, estas figuras no logran evitar que la enfermedad entendida en su dimensión subjetiva (diferente de la patología como dimensión orgánica) sea individualizada y medicalizada, en vez de ser considerada en sus dimensiones sociales y políticas (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

⁷ Algunas corrientes sociomédicas contemporáneas, entre las que se encuentra la obra de W. Reich y la escuela de Palo Alto, consideran que el origen de la enfermedad se sitúa en la relación social, la educación, la comunicación, la moral y la represión, etc. (Laplantine, 1999:85)

Por ejemplo, uno de los peligros de explicaciones exclusivamente psicogenéticas de la enfermedad es que convierten a la persona en responsable de su enfermedad (aún cuando reconozcan los factores sociales intervinientes en el conflicto emocional)⁸. Como vimos, lejos de contradecirse con el modelo exógeno dominante, el psicoanálisis permite explicar la etiología de la enfermedad cuando este modelo no logra hacerlo. De tal modo, en el caso paradigmático (y enigmático) del cáncer, las emociones y la mente son convocadas a explicar no sólo el origen de la enfermedad sino también la eficacia o no del tratamiento biomédico, responsabilizando al paciente de su resultado:

“El paciente tiene el poder” se titula una nota aparecida en Viva el 07/06/10. A todo poder, le corresponde una responsabilidad, y cuando causas y efectos no logran ser completamente explicados....

*“Hay que **devolverle el alma a la medicina**”* tal como dice al inicio de la nota la directora del programa (PARA) para *“demostrar los efectos concretos sobre el organismo de factores emocionales y afectivos en el tratamiento del cáncer”*, basado en la Psiconeuroendocrinoinmunología (PNEI) que *“muestra que la mente o la actividad del **cerebro es la primera línea que tiene el cuerpo para defenderse** contra la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, y alinearse a favor de la salud y el bienestar”* (la negrita es mía). La responsabilidad de la eficacia recae sobre la correcta elaboración de las emociones del paciente:

“Hay gente que va y medita. Que bárbaro, medita, pone la mente en blanco. (...) pero después no sabe movilizar sus emociones, vive siempre indignado y frustrado” sentencia la coordinadora del Programa.

Si bien aquí se trata, desde la misma ciencia médica, de dar un espacio al “alma” (metáfora de lo que para la entrevistada sería la relación entre psiquis, sistema inmune, nervioso y endocrino), ese espacio es el de favorecer o no la recuperación, como parte del tratamiento médico. Así, el reconocimiento de la importancia de las emociones y los pensamientos no modifica la concepción de la etiología de la enfermedad ni de su tratamiento. En el marco de una concepción del cuerpo como campo de batalla contra factores externos, la mente actúa como simple “defensa” contra la enfermedad que viene de fuera del organismo.

Siguiendo nuevamente a Scheper-Hughes y Lock (1987), para quienes la concepción de enfermedad sigue siendo dual, ya que ésta es explicada remitiendo sus causas al cuerpo o a la mente, podríamos afirmar que el reconocimiento cada vez mayor de los factores psicoemocionales -desencadenados o no por el cuerpo social y político- en el origen de la enfermedad o en la eficacia de su tratamiento, no implica una ruptura con la noción de persona subyacente al modelo exógeno-ontológico de enfermedad. Dentro de este, como vimos hay “espacio” para paradigmas propios de un modelo endógeno-relacional como el psicoanálisis, la genética y las neurociencias.

⁸ Esta responsabilidad corresponde a una representación moral de la enfermedad propia del judeocristianismo (Laplantine, 1999) y al concepto occidental moderno de persona, como entidad moral, legal y psicológica, es decir como individuo autónomo solo limitado por otros iguales a él (Mauss, 1976).

Bajo la necesidad analítica de separar los modelos en exógeno/endógeno y ontológico/relacional, el modelo de Laplantine presenta al menos dos limitaciones. Por un lado, preserva la dualidad mente/cuerpo, interno/externo, biológico/cultural, etc. desde la cual se parte para explicar el origen de la enfermedad. Por otro, aún reconociendo que se trata de tipos ideales que coexisten en tensión (en relaciones que, como veremos, son de hegemonía), su pretensión de abarcar un amplio universo de representaciones y prácticas sobre la enfermedad, pierde capacidad explicativa ante las lógicas intervinientes en las múltiples y particulares combinaciones que los procesos de salud-atención-enfermedad adquieren, implicando incluso saltos de un modelo al otro por los usuarios en el marco del pluralismo médico.

Complementariedad terapéutica y técnicas orientales

La difusión de las llamadas “terapias alternativas” a partir de los ´80, su profesionalización y la paulatina inclusión complementaria de algunas de sus técnicas en los tratamientos psicoterapéuticos y médicos, constituye un emergente de la coexistencia -no exenta de tensión- entre ambos modelos. Aún cuando desde el paradigma biomédico se reconozca cierta eficacia de estas terapias, se las relega a un lugar secundario como complemento, en especial en el tratamiento del dolor en enfermedades graves o terminales, lo cual no sólo no transforma las bases sobre las que estos saberes se asientan, sino que mantiene su hegemonía terapéutica.

Como exponente de esta tensión encontramos que los criterios para la distinción entre Medicinas Alternativas y Complementarias no están aún claramente definidos. Tal como han señalado Freidin y Ballesteros (2011:2): a pesar de que “el aumento de la utilización de MACs (Medicinas Alternativas y Complementarias) es un hecho indiscutido, en Argentina no contamos con información estadística proveniente de muestras probabilísticas nacionales sobre el tema”. En los escasos estudios llevados a cabo, se utilizan diferentes términos (Medicinas No Convencionales, Terapias/Medicinas Complementarias y Alternativas, etc.) para agrupar sin criterios específicos la Homeopatía, Acupuntura, Flores de Bach, Digitopuntura, Quiropraxia, Reflexología, Fitomedicina, Naturopatía, Medicina China, Osteopatía, Macrobiótica, Antroposofía, Ayurveda, entre otras (Eyman, et. al, 2009; Franco y Pecci, 2002; Ikonikoff et al., 2010). En todos los casos, independientemente del término utilizado, éstas son definidas siempre por oposición a la medicina hegemónica, biomedicina o medicina científica más que

por características específicas o comunes. El hecho de que en nuestro país la mayoría constituyan opciones formativas no habilitantes⁹ para ejercer la medicina, da cuenta de esta hegemonía.

En el estudio de Idoyaga Molina y Luxardo (2005), la Medicina No Convencional (MNC) es definida como “cualquier práctica terapéutica a excepción de la biomedicina, conocida como medicina convencional, académica y científica” (p.390). Las medicinas alternativas y complementarias constituyen sólo una de las 4 categorías en que dividen las MNC¹⁰: “aquellas que no pertenecen a la medicina convencional, pero que tampoco son tradicionales en nuestro país”. Las MACs son subdivididas a su vez en dos tipos: a) las que poseen un cuerpo de conocimiento sobre la salud y la enfermedad integrados a cosmovisiones no occidentales (yoga, acupuntura, etc.) y b), las terapias aisladas que afirman tener bases científicas o pseudo-científicas que son empleadas usualmente por médicos (crotoquina, hansi, etc.). Las autoras encontraron que 90% de los entrevistados utilizó MNC: el 72% MACs (67% como complementaria y 5% como alternativa). Estas últimas cifras dejan en evidencia que la definición por la complementariedad o por la alternancia depende más del uso que de características específicas de cada medicina.

En estos estudios se incluye bajo la categoría de “medicinas” a cuerpos de saberes y técnicas de diferentes grados de articulación o estructuración, lo cual deja en evidencia la dificultad de definir incluso lo que se entiende por medicina. Dicha definición es problemática puesto que, como bien señaló Menendez, se realiza en el marco de “un proceso histórico en el cual se construyen las causas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas de significados (ideología) respecto de los mismos, un proceso caracterizado por relaciones de hegemonía-subalternidad desde el cual se incluye o excluyen los saberes técnicos” (1991:2).

En ese sentido, el término “alternativa” da cuenta de esta relación que en ocasiones puede ser entendida incluso como contrahegemónica. Por ejemplo las terapias provenientes de la Nueva Era constituyeron prácticas contraculturales en el marco de un macromovimiento¹¹ sociocultural por la autonomía, el antiautoritarismo y el rechazo a las jerarquías de autoridad y normas institucionales con auge en los años 60’s en Estados Unidos, del que fueron parte los movimientos estudiantil, pacifista, feminista, ecológico, gay, hippie, entre otros (Carozzi, 1999)¹². Entre otras técnicas de movimiento orientales, el yoga -que

⁹ Razón por la cual se ofrecen como formación de posgrado como el de medicina ayurveda que se dicta en el país desde el año 2000. Por otra parte, el reconocimiento del Ministerio de Salud de la Nación de la acupuntura como acto médico en la Resolución 997 del año 2001 restringe su práctica a los profesionales de la salud con títulos habilitantes como médicos (Freidin, 2010)

¹⁰ Las otras tres son la medicina tradicional local que incluye el curanderismo y el chamanismo; las medicinas religiosas que “son las practicadas en el contexto de creencias y rituales de grupos evangélicos, pentecostales, católicos y afroamericanos (Umbanda)” (p. 391) y el auto-tratamiento específico para el cáncer: tradicional, religioso, alternativo, con fármacos de laboratorios y productos industriales.

¹¹ “Un macromovimiento se manifiesta en un mismo período histórico en multitud de campos, en diversos movimientos sociales acotados, en transformaciones de organizaciones, instituciones y situaciones habituales” (Carozzi, 1999:19)

¹² En este contexto el término autonomía refiere a la transformación individual (Melton, 1992) y la liberación de los cuerpos (Martins, 1998), habilitadas por la sacralización de la naturaleza (Albanese, 1990) y de un *self* no socializado como locus interno de autoridad (Heelas, 1996)

ya contaba con décadas de inserción en ese país de la mano de maestros provenientes de Europa a fines el siglo XIX¹³ - formaba parte de las disciplinas que integraban el movimiento Nueva Era. A nuestro país habría ingresado a principios del siglo XX practicado por sectores urbanos educativamente y económicamente de elite (Saizar, 2008)¹⁴.

La incorporación del yoga entre las MACs por el último estudio citado, responde a la proposición de que en el marco del sistema etnomédico argentino se superpondrían, según una de las autoras, a la biomedicina, las medicinas tradicionales y el autotratamiento presentes en la definición del concepto realizada por Good (1987), otras terapias consideradas religiosas y alternativas (Idoyaga Molina, 2002). La autora sostiene que estas últimas se ofrecen encubiertas como gimnasias, cursos y asesoramiento debido al reconocimiento legal exclusivo de la biomedicina. Siguiendo esta línea, Saizar (2009:74) también afirma que el yoga constituye un sistema médico puesto que se basa en sus propios marcos explicativos de la etiología de la enfermedad y sus manifestaciones, posee sus especialistas formados y sus técnicas diagnósticas y terapéuticas.

En nuestro trabajo de campo hemos podido observar que las causas o el tratamiento de dolencias y malestares adquieren un nuevo marco de significado entre los practicantes de yoga, sin embargo no podemos asegurar que éstos respondan exclusivamente al yoga, sino a un *marco interpretativo* más amplio bajo el que se incluyen otras terapias y técnicas provenientes del movimiento Nueva Era por las que *circulan* sus usuarios (Carozzi, 1999)¹⁵. Pensadas desde sus elementos comunes, en ellas la enfermedad es concebida como un *desequilibrio* energético al interior del individuo (entre sus planos mental, emocional, espiritual y físico) y entre éste y el ambiente (social, natural, etc.).

La idea de desequilibrio, aunque del orden de otro universo de sentidos, guarda semejanzas con la de las causas psicosociales ya mencionadas para el paradigma bio-psi, por lo que no resultaría extraño que ambas confluyan en el marco interpretativo y en un abordaje complementario de la enfermedad en nuestra sociedad. Reconociendo el uso del yoga para el tratamiento de dolencias y malestares físicos y emocionales y dado que la definición de medicina es problemática por lo ya dicho, preferimos utilizar el término *terapia* en sentido amplio, entendiendo junto con Eva Illouz (2010) el discurso terapéutico como un sistema de conocimiento formal (profesional) e informal (omnipresente en la cultura y amorfo), y el de *técnicas* cuando sus posturas, respiraciones y meditaciones son utilizadas en otros contextos

¹³ En 1893, Swami Vivekananda presentó en el Parlamento de las Religiones, en Chicago, el *Raja Yoga*, texto fundacional del Yoga Moderno por su reconfiguración de los Yoga Sutras de Patanjali en el entonces emergente estilo ocultista de una religiosidad secularizada y orientada al individuo que derivaría en la Nueva Era (De Michelis, 2004)

¹⁴ Su principal promotora fue la figura de Indra Devhi que llegó al país en los años 50, luego de un paso por los EEUU y fundó una de las primeras escuelas de Yoga en el país.

¹⁵ Carozzi (1996) las agrupa a partir de un elemento o una técnica presente en todas: terapias con elementos naturales, sistemas de alimentación natural, psicoterapias no psicoanalíticas, disciplinas esotéricas, técnicas del movimiento oriental, prácticas diagnósticas y de curación de origen oriental o de medicinas alternativas a la oficial, técnicas de meditación, prácticas inspiradas en los indígenas americanos y adaptaciones prácticas de las más diversas religiones

terapéuticos. Como *técnicas corporales*¹⁶ originadas en otro contexto sociocultural y tiempo histórico, son reapropiadas y resignificadas para otros usos y fines.

Un puente entre los discursos científicos de la mente y el conocimiento esotérico

La apropiación local masiva de las múltiples formas del yoga constituye un claro ejemplo de *portable practices* (Csordas, 2009), prácticas corporales fácilmente adquiridas, que pueden ser entendidas fuera de su contexto cultural específico, requieren escaso conocimiento esotérico o elaboración espiritual y pueden ser ejecutadas sin implicar compromiso ideológico o institucional elaborado o transformaciones de la vida cotidiana.

Si bien se trata de una oferta muchas veces encubierta bajo la forma de gimnasia apelando a sus beneficios físicos e incluso estéticos, creo que la legitimidad alcanzada entre grandes sectores de la población, incluidos los profesionales de la salud, se debe precisamente a la eficacia terapéutica atribuida a sus técnicas. De hecho, algunos profesionales psicomédicos han incorporado ejercicios de respiración y meditación a sus tratamientos terapéuticos de manera más o menos sistematizada, complementando en ocasiones su formación con otras del campo del movimiento o la terapia corporal; otros sugieren a sus pacientes intentar con alguna de estas técnicas para combatir el estrés y la ansiedad. Esta formación complementaria psico-corporal no es novedosa, Carozzi (2000) la ubica también en la década del '60 en Esalen, (California, EEUU) centro del Movimiento Nueva Era y rastrea su llegada a la Argentina de la mano de terapeutas gestálticos y humanistas en los '80 con la apertura democrática. Sin embargo, podríamos detectar el germen de esta complementariedad apenas una década después de la institucionalización del psicoanálisis en nuestro país a partir de los años '50 (Visacovsky, 2009). Para los años '60 se estaban desarrollando diversos métodos de terapia corporal basados en elementos del yoga¹⁷. Para la Argentina Korman y Saizar (2006) y Sarudiansky y Saizar (2007) han investigado la derivación de parte de psicoterapeutas cognitivo-conductuales al yoga como estrategia de complementariedad terapéutica aún cuando en la mayoría de los casos los profesionales manifestaran desconocer el funcionamiento de su práctica, basando su recomendación en sus efectos sobre la relajación para la ansiedad y el estrés. La incorporación de estos ejercicios también debe rastrearse en la propia historia del psicoanálisis en la concepción bioenergética de figuras como Wilhelm Reich y su discípulo Alexandre Lowen¹⁸ quienes recuperan la importancia de aquella energía que Freud en sus

¹⁶ Marcel Mauss (1979) refiere al carácter aprendido culturalmente de los usos del cuerpo para fines útiles. El cuerpo es a la vez objeto de técnica, medio técnico y el origen subjetivo de la técnica.

¹⁷ GREI de Susana Milderman, Sistema Río Abierto de Ma. Adela Palcos, Gimnasia de Centros de Energía de Hugo Ardiles

¹⁸ En *Bioenergética*, Ed. Diana; México, Lowen estudia la unidad de funcionamiento del psiquismo y lo somático a partir de la concepción de una energía bioeléctrica a la que da el nombre de orgón, correspondiente al placer o la represión de la sexualidad. Si bien reconoce las similitudes con una concepción oriental de la persona regida por una energía vital o *prana*, e incluso de sus ejercicios bioenergéticos basados al igual que el yoga en la respiración, Lowen

primeros descubrimientos -desde una perspectiva biologicista propia de su época y de su formación como neurólogo- traslada al dominio de lo psicológico para explicar la irritación o excitación (Laplantine, 1999:103)¹⁹. Por su parte, diversas investigaciones de las emergentes neurociencias contemplativas promueven herramientas espirituales en el campo de la psicología cognitiva conductual [Probst (1988); Richards y Bergin (1997)], interesados especialmente en los efectos de la meditación sobre las emociones [Davidson y Lutz (2008); Lazar, (2011)]. La meditación *mindfulness* (consciencia plena) derivada del budismo fue incorporada recientemente a la psicoterapia por Kabat-Zinn (1990) con especial énfasis en la reducción del estrés.

Por otra parte, el recurso a estas técnicas derivadas del budismo, hinduismo o reformuladas a través del movimiento de la Nueva Era puede ser explicado en términos similares a los utilizados para la inserción social del psicoanálisis entre los mismos sectores de la población (sectores mayoritariamente urbanos, educados y medios) [Visacovsky, 2009; Plotkin, 2003; Turkle, 1983; Vezzetti, 1996; Figueira, 1995]. En su reinterpretación local, el yoga combina aspectos terapéuticos y espirituales que, articulados con la influencia del psicoanálisis, pueden erigirse en un nuevo marco cultural de sentido, funcionando como sistema de creencias, como modelo *de* interpretación y modelos *para* la acción (Geertz, 1991). Sus posturas, técnicas de respiración y meditación que buscan *ligar* la mente al “aquí y ahora” del cuerpo para aquietar sus vibraciones pueden ser utilizadas como medios para alcanzar un bienestar inmediato, sin requerir un alto grado de conocimiento o adhesión por parte del practicante a sus preceptos. Es en este doble vínculo entre espiritualidad y práctica corporal, que la oferta crece al precio de permanecer en un espacio casi encubierto.

Precisamente, cuando estas técnicas son reinsertas en contextos rituales que recuperan el marco de cosmovisión oriental en el que se originaron o que las resignifican en términos de *espiritualidad*, son desprestigiadas por su exotismo o sospechadas de secta²⁰. Durante mi trabajo de campo en la Fundación El Arte de Vivir, una participante del “Seminario de técnicas de respiración” que se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico por trastorno de ansiedad, mencionó que su psicólogo le recomendó “no meterse en cosas raras” y agregó: “creyó que eran los krishnas” (sic). Tres asistentes al curso de Yoga dictado por la misma institución intercambiaron las diversas maneras en que en su entorno cercano les manifestaron preocupación porque se tratara de una secta, incluidos los temores de algunos

considera que necesaria una complementariedad de abordajes entre yoga y bioenergía, ya que el primero apunta a un desarrollo interior, espiritual, y el segundo hacia el exterior via la expresión y la creatividad (1977:68)

¹⁹ Según el autor, los psicoanalistas franceses lacanianos han recuperado también esta concepción freudiana considerando al Ello una emanación de lo biológico.

²⁰ El análisis de la preocupación generada desde los medios de comunicación durante la apertura democrática sobre la aparición de supuestas sectas puede verse en: Frigerio, Alejandro y Ari Oro (1998). “Sectas satánicas” en el Mercosur: Un estudio de la construcción de la desviación religiosa en los medios de comunicación de Argentina y Brasil. *Horizontes Antropológicos* 8: 114-150. Soneira, Adelardo Jorge “El debate sobre las “sectas” en Argentina” extraído de <http://www.prolades.com/cra/regions/sam/arg/soneira-4.pdf>

profesionales de la psicología. Una de ellas comentó que el hijo de una amiga había abandonado la terapia desde que asistía al Arte de Vivir y que su psicóloga se había mostrado muy preocupada, otra se sorprendió de que los mismos psicólogos que utilizan estas técnicas de relajación como parte de sus terapias desconocieran lo que allí se practicaba.

Puede explicarse por lo anterior que mientras esta Fundación ofrece *conocimiento espiritual*, se legitima científicamente promocionando sus actividades como “Técnicas respiratorias para combatir el estrés”. Para demostrar el efecto de las mismas sobre la mente y el cuerpo, recurre a las neurociencias ofreciendo en su página web una serie de estudios²¹ que avalan los efectos que producen las técnicas sobre la salud física y mental, como la eliminación de toxinas, el fortalecimiento del sistema inmunológico, la reducción de cortisol (la hormona del estrés) y el alivio de la ansiedad, entre otros. La apelación a estos estudios científicos es un recurso ampliamente utilizado no sólo por los promotores de estas técnicas (la meditación trascendental de Maharishi Mahesh Yogui, con quien se formó Ravi Shankar, el fundador del Arte de Vivir, es probablemente sobre la que existen más investigaciones²²) sino también por los medios de comunicación para validar las técnicas que contribuyen a divulgar²³. En todos los casos, la legitimidad dada por las neurociencias se basa en una supuesta identidad entre mente y cerebro. Esto se evidencia en los videos que El Arte de Vivir presenta a los participantes de sus cursos, algunos de los cuales pueden verse en internet²⁴: la mente aparece simbolizada por el dibujo de un cerebro, con piernas, brazos y anteojos. Por lo tanto, en este caso no habría ya dicotomía mente-cuerpo, porque la mente bajo la imagen del cerebro pasa a formar parte del cuerpo. Reduciendo todo al nivel físico, es decir a interacciones químicas en el cerebro, la teoría que identifica mente y cerebro reduce la capacidad de agencia de los sujetos a meras respuestas a estímulos físicos (Crossley, 2001:23). El cerebro no sólo reemplaza a la mente, sino que así representado, también reemplaza al cuerpo que desaparece, la mente es el cuerpo²⁵.

²¹ <http://www.aolresearch.org/> Janaki ramaiah N, Gangadhar BN, Naga Venkatesha Mur thy PJ, et al : Antidepressant efficacy of Sudarshan Kriya yoga (SKY) in melancholia: a randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. J Affect Disord 2000;57(1-3) :255-9. Naga Venkatesha Mur thy PJ, Gangadhar, B.N., Janakiramaiah, N., Subbakrishna, D.K. (1997). Normalization of P300 Amplitude following Treatment in Dysthymia. Biological Psychiatry, 42, 740-743. Kjellgren, A, Bood, SA, Axelsson, K, Norlander, T, Saatcioglu, F.(2007). Wellness through a comprehensive Yogic breathing program - A controlled pilot trial. BMC Complement Altern Med. 7:43-50

²² Travis, F.T. et al. (2001) “Cortical plasticity, contingent negative variation and transcendent experiences during practice of the Transcendental Meditation technique”. *Biological Psychology*, n°55, pp. 41-55. Orme-Johnson DW, Barnes VA, Hankey AM, Chalmers RA. “Reply to critics of research on Transcendental Meditation in the prevention and control of hypertension”. *Journal of Hypertension* 2005 23(5):1107-1108.

²³ Página/12 (06/11/11) menciona la investigación dirigida por Sara Lazar (2011) : en la cual 16 personas que realizaron media hora diaria de meditación durante dos meses, demostraron mejoras en la actividad cerebral en las zonas del aprendizaje y la memoria, y en estructuras asociadas a la introspección, la compasión y la autoconciencia y disminución en las neuronas vinculadas al estrés. La revista de La Nación en su nota “Crear paz” (11/2010) cita una investigación publicada en la Revista *Social Indicators Research*, Washington (1993) en la que 4000 personas se juntaron a meditar durante dos meses logrando que la violencia diaria se redujera un 23% en la última semana. Según la revista Viva (18/09/11) los beneficios del Sudarshan kriya (la técnica respiratoria del Arte de Vivir) fueron documentados por investigaciones de las Universidades de Harvard y Yale (de la Divinity School de ésta última fue director precisamente Ravi Shankar).

²⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=bmHxPgXU9A8>

²⁵ Antonio Damasio (1996) ofrece una solución tanto a la dicotomía derivada del cartesianismo como a la biologización de la mente, partiendo de que la actividad mental surge de la interacción de circuitos reguladores bioquímicos y neurales por medio de los cuales cerebro y cuerpo se relacionan con el ambiente como un todo. Sosteniendo bases bioquímicas y neurales para las emociones, elimina toda oposición entre sentimiento y razón.

Epílogo. “La crisis causó nuevas enfermedades”. Entre las terapias corporales y la medicalización.

En plena crisis social, en agosto de 2001, Laboratorios Bagó organizó la “Semana de los Trastornos de Ansiedad”, una campaña informativa de consulta hospitalaria en la ciudad de Buenos Aires. Los periódicos indicaban que 1 de cada 4 argentinos padecía el trastorno: los ataques de pánico, las fobias estarían en aumento “ante la inseguridad y la incertidumbre” (Clarín). Como resultado de su etnografía en nuestro país durante la crisis del 2001, Andrew Lakoff (2005) alerta sobre los efectos de dicha campaña: como consecuencia de una “ampliación del mercado” a través de la concientización de la población sobre la enfermedad, se produjo un aumento en las ventas del ansiolítico producido por el laboratorio. Este aumento fue interpretado por la prensa como un marcador del aumento real del trastorno entre la población y como un signo de la crisis social y psíquica del país²⁶ (Lakoff, 2005:134). La “razón farmacéutica” argentina se sustenta en este signo para intervenir personalizando y medicalizando un estrés que se supone “inducido socialmente”²⁷.

Janis Jenkins (2011) da cuenta de la magnitud de este fenómeno de intervención farmacéutica a nivel global modificando incluso la orientación del *self* al mundo y señala el problema central de que las compañías farmacéuticas estipulen patrones de práctica, diagnóstico y prescripción médica. Basta con permanecer en la sala de espera de un consultorio médico o en una farmacia o retomar la columna del Doctor Abdala para comprobarlo: “No existe la pastilla mágica. El exceso de medicación. El fácil acceso a los medicamentos y la mayor demanda de parte de personas que no quieren sufrir ningún malestar, parte del problema. (...) existe una marcada tendencia a usar medicamentos para tratar un sinnúmero de situaciones como si fueran reales enfermedades en lugar de intentar encararlas de manera diferente” Lo que sigue es la sospecha de que la incorporación en el DSM IV de nuevas enfermedades que rápidamente son diagnosticadas y medicalizadas entre los que incluye la calvicie, la fobia social, el trastorno de ansiedad, el duelo, la menopausia, etc. se debe a negociados entre psiquiatras y laboratorios (Revista Viva, 12/06/11).

En consecuencia, no será el único profesional de la salud que sugiera “realizar actividades físicas (ejercicios de relajación, respiración, deportes, yoga) que, al aumentar la liberación de endorfinas tranquilizan y brindan bienestar” para evitar el “uso prolongado” de tranquilizantes (05/06/11).

²⁶ ‘El Consumo de Tranquilizantes creció entre un 8 y un 9 por ciento’. *Clarín*. 03 Octubre 2001. Hemos hallado innumerables artículos similares al analizado por Lakoff aparecidos en los diarios Clarín y La Nación luego de esa fecha.

²⁷ Lakoff afirma que “mientras que en Estados Unidos la psiquiatría viró recientemente a una aproximación ‘neurocientífica’, que considera la enfermedad mental como específica y localizada en el cerebro del paciente, en la Argentina las explicaciones psicoanalíticas y sociales permanecen fuertes”. Razón por la cual, los laboratorios usan estas explicaciones en su propio beneficio (2003)

Será precisamente la empresa Bagó quien intentará desterrar cualquier evidencia sobre la eficacia de estas técnicas, tomando entre otras “medicinas alternativas” al Yoga (en particular el Sudarshan Kriya, la técnica respiratoria patentada por El Arte de Vivir). Si bien le reconoce una eficacia similar a la de la droga imipramina para la depresión concluye que no hay suficientes datos para validar su eficacia²⁸. Vemos pues, cómo con el incremento en el diagnóstico de trastornos de ansiedad y estrés²⁹, la progresiva incorporación por las psicoterapias de técnicas factibles de ser usadas en cualquier tiempo y lugar, coexiste con el aumento en los últimos años del consumo de psicofármacos³⁰.

A modo de cierre

Nuestro análisis de la imbricación entre discursos terapéuticos pretendió problematizar las relaciones entre mente y cuerpo y entre los cuerpos individual, social y político, contribuyendo al reciente interés antropológico y sociológico en el cuerpo sin perder el interés en la mente, lo cual invertiría el dualismo (Lambeck, 1998). El recorrido realizado no pretende ser exhaustivo ni remitirse al “origen” del proceso de circulación de saberes transnacionales que llevó a la inclusión de técnicas de meditación, y respiración derivadas del yoga por la psicoterapia y la biomedicina. Sin embargo, nos permitió observar que más que tratarse de terapias alternativas, estamos frente a *terapias complementarias*. Terapias y no medicinas, puesto que no tenemos elementos para sostener que el yoga sea utilizado en sus versiones locales como un sistema médico. Complementaria y no alternativa ya que el uso de sus técnicas en tratamientos tanto físicos como psicoemocionales, no implica necesariamente el abandono del paradigma bio-psi ni por profesionales ni por usuarios, si bien en algunos casos se presentan como alternativas a una medicalización igualmente creciente.

Por lo que podríamos arriesgar que de existir una transformación en el proceso de salud-enfermedad-atención, ésta no supone necesariamente el abandono del paradigma biomédico, ni tampoco del modelo exógeno de enfermedad, sino que se da en una doble vía. Por un lado, observamos la vigencia de concepciones no duales de la persona, basadas asimismo en modelos endógenos de la enfermedad, como el de las neurociencias y el psicoanálisis, que confluyen con las de las disciplinas y terapias derivadas

²⁸ Thachil AF., Mohan R., Bhugra D. “The Evidence Base of Complementary and Alternative Therapies in Depression” Journal of Affective Disorders 97(1-3):23-35, Ene 2007. Extraído de <http://www.bago.com/bagoarg/biblio/psiqweb496.htm> agosto 2012.

²⁹ Aunque las estadísticas locales sobre salud mental son escasas, se supone un aumento de estos trastornos con la última crisis económica. La APPBA, encontró como motivo clínico más frecuente de las consultas realizadas en los años 2000-2001, los miedos, ataques de pánico, fobias, angustia, ansiedad, depresión y compulsiones, entre cuyas causas el 50% de los pacientes refirieron cuestiones económicas como la falta de trabajo, la baja de ingresos, y el descenso de la calidad de vida.

³⁰ Según el Indec, los medicamentos para el sistema nervioso, entre los que se hallan los antidepresivos y ansiolíticos, encabezan las ventas de la industria farmacéutica, facturando en el primer trimestre del año 2011 640 millones de pesos. Ver también del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007) “Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” disponible en http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

del movimiento Nueva Era. Sin embargo, el uso de términos combinados, como psico-somático, intrapsíquico o sociogénesis, da cuenta de la prevalencia de una concepción dual.

Por otro, señalamos la tendencia a una cada vez mayor individualización y medicalización del sufrimiento, aún cuando sus causas sean *imaginadas* como sociales, tal como se desprende de la construcción que los discursos mediáticos referidos a la salud han hecho del significado atribuido a la crisis socioeconómico y política del 2001 como posible detonante de padecimientos. Un dato no menor en este argumento es que el incremento en los diagnósticos de fobias, ansiedad y estrés lejos de ser entendidos como un signo de la sociedad, en tanto expresión de una disconformidad de los sujetos frente a sus condiciones de existencia, son atribuidos a una falla de los mismos sujetos en su forma de vivir.

Bibliografía

Amaral, Leila (1999) Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o Sagrado. En Carozzi, M. (comp.) *Nova Era no Mercosul*. Petropolis, Vozes.

Astin, J.A. (1998) "Why Patients Use Alternative Medicine? Results of a National Study"; JAMA, 279:1548-1533.

Bauman, Zygmunt (2007). *Miedo líquido: La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona : Paidós Ibérica

Berian, John (comp.) (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo*. Barcelona, Anthropos.

Blacking, John (1977) "Towards an Anthropology of the Body". En *The Anthropology of the body*. New York; Academic Press.

Carozzi M. (1998) "El concepto de marco interpretativo en el estudio de movimientos religiosos". Rev. Sociedad y Religión. N°16/17

----- (1999) "La autonomía como religión: la Nueva Era." En Revista Alteridades, 9 (18) págs. 19-38

----- (2001) *Nueva Era y terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Bs. As., EDUCA

Castel, Robert (2008) *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial. Bs. As.;

Csordas, Thomas J. (Editor) (2009) *Transnational Transcendence. Essays on Religion and Globalization* University of California Press

Crossley, Nick (2001) *The Social Body. Habit, Identity and Desire*. Sage Publications. London.

Damasio, Antonio R. (1996) *El Error de Descartes. La razón de las emociones*. Editorial Andrés Bello.

Davidson, Richard y **Lutz**, Antoine (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Processing Magazine*, 25(1), 171-174.

De Michelis, Elizabeth (2004) *A History of Modern Yoga: Patanjali and Western Esotericism*.

Eyman, S.; **Bellomo**, M. et. al (2009) "Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad", Arch Argent Pediatr., 107(4):321-328.

Eisenberg D.M., **Ronald**, C., et al. (1993) "Unconventional Medicine in the United States"; N Eng J M. 328: 246-252.

Foucault, Michel (1976) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

----- (1983) *El nacimiento de la clínica* Siglo XXI Editores, México,

Franco, J. y **C. Pecci** (2002) "La relación médico paciente, la medicina científica y las terapias alternativas"; Medicina, 62:111-118

Friedin, Betina y **Ballesteros**, Matías (2011) "Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias" Medicina y Sociedad, Revista trimestral Año 31, N°1

----- (2010) "El uso de una estrategia cualitativa mixta para observar procesos de diferenciación en la profesión médica en torno a la práctica de medicinas no convencionales" VI jornadas sobre etnografía y métodos cualitativos, IDES, Bs As.

Giddens, Anthony (1997) *Las consecuencias de la modernidad*. Amorrortu, Bs. As

Good, Ch. (1987) *Ethnomedical systems in Africa*. Nueva York, The Guilford Press.

- Idoyaga Molina**, Aníldes (2005) "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual." *Revista Scripta Ethnologica*, 27:9-45
- y **Luxardo**, N. (2005) "Medicinas no convencionales en Cáncer", *Medicina*, 65(5):390-394.
- Ikonikoff**, M., et.al. (2010) "Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población argentina", *Med. y Soc.* 30, 1.
- Illouz**, Eva (2009). "Emotions, Imagination and Consumption". *Journal of Consumer Culture*, 9 ((3)), 377-413.
- Jenkin**, Janis (ed.) (2011) *Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. School for Advanced Research Press.
- Kabat Zinn** J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York, Dell Publishing
- Kessler**, Gabriel. (2009) *El sentimiento de inseguridad. Sociología del delito*. Sg XXI, Bs. As.
- Korman**, G. y **Saizar**, M. (2006) "Psicoterapia y yoga. La inclusión del yoga terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires". *Revista Brasileira de Sociología de las Emociones* (RBSE), VX, (13)
- Lakoff**, Andrew (2005) *Pharmaceutical reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge Univ. Press. New York.
- (2003) "Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina" *Cuadernos de Antropología Social* N° 18, pp. 35-66, FFyL, UBA.
- Lambeck**, Michael (1998) "Body and mind in mind, body and mind in body" En *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*. M. Lambeck & A. Strathern Eds., Cambridge Univ. Press.
- Laplantine**, Francois (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Lazar**, Sara, et.al (2011) "Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density" *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, 36-43
- Lock**, Margaret y **Dunk**, Pamela (1987) "My nerves are broken: The communication of suffering in a Greek-Canadian Community". En Coburn et al. (eds). *Health in Canadian Society: Sociological perspectives*. Toronto: Fitzhenry and Whiteside.
- Lock**, Margaret y **Scheper-Hughes**, Nancy (1987) "The mindful Body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*. New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41
- Low**, Setha (1985) "Culturally Interpreted Symptoms or Culture-Bound Syndromes". *Social Science and Medicine* 21:187-197.
- Martin**, Emily (1987) *The Woman in the body*. Boston: Beacon Press
- Mauss**, Marcel (1979) *Sociología y Antropología*. Tecnos, Madrid, España.
- Mc Guire**, Meredith, (1988) *Ritual Healing in Suburban America*, New Brunswick, Rutgers Univ. Press.
- OMS** (2002) "Estrategias para La Medicina Tradicional, 2001-2005." Genova: OMS.
- Probst**, L. (1988) *Psychotherapy in religious framework*. New York, Human Sciences Press.
- Richards**, P. y **Bergin**, A. (1997) *A spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington D.C., American Psychological Association
- Rosaldo**, Michelle (1984) "Toward an anthropology of self and feeling" en *Culture Theory: essays on mind, self, and emotion*. Shweder R. A. and Levine R. A. (Eds) New York: Cambridge University Press, pp. 137-157
- Saizar**, Mercedes (2009) *De Krishna a Chopra. Filosofía y práctica del yoga en Buenos Aires*. Bs. As., Antropofagia.
- Sarudiansky**, Mercedes y **Saizar**, Mercedes (2007) "El yoga como terapia complementaria en pacientes con estrés en Buenos Aires (Argentina)" *Mitológicas*, Vol. XXII, pp. 69-83 Centro Argentino de Etnología Americana. Argentina